

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業申請書

年 月 日

（宛先）姫路市長

申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (対象者との続柄 _____)

電話番号 (※必ず連絡が取れる連絡先) _____

メールアドレス _____

小児慢性特定疾病児童等一時入院支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

なお、この事業に必要な情報として、小児慢性特定疾病医療費認定申請時の医療意見書及び申請者からの情報提供書等を一時入院予定先へ情報提供することを同意します。

記

対象者	ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	姫路市		
疾病名			小児慢性特定疾病医療 受給者証受給者番号	
保険証の 記号及び番号		保険者名		保険の種類 (本人・家族)
一時入院を必要とする 理由 (予定を含む)	1 介護者の休養・行事等への参加 2 介護者の疾病・負傷等 3 その他 ()			
一時入院についての担当医の了解の有無	1 了解を得ている 2 了解を得ていない		(担当医師名 医療機関名)	
一時入院希望医療機関				
主な介護者	氏名	(対象者との続柄 _____)		
	生年月日	昭・平	年 月 日	
緊急時の連絡先	氏名	(対象者との続柄 _____) (電話番号 _____)		